

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

356

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

DRAGUICHA M. PAVLOVITCH

Né le 8 avril 1899 à Svilainatz (Serbie)

DE LA

DOULEUR LOMBAIRE

CHEZ LES UTÉRINES

Président : M. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE CACINE, 15

1924

187

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

DRAGUICHA M. PAVLOVITCH

Né le 8 avril 1899 à Svilainatz (Serbie)

DE LA

DOULEUR LOMBAIRE

CHEZ LES UTÉRINES

Président : M. MÉNÉTRIER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924



LE DOYEN... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNÉO.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
Clinique médicale.....	GILBERT.
	CHAUFFARD
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment¹⁰.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER.. Urologie.
 HOVELACQUE.. Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEMIERRE.... Pathologie médicale.
 LÉVY-SOLAL... Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathologie chirurgicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE..... Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 RIBIERRE.... Pathologie médicale.
 RICHT Fils... Physiologie.
 ROUVIÈRE.... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale
 WELTER..... Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS..... Physiologie.
 GOUGEROT.... Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique.

IV. — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LÉPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*En témoignage de gratitude et
d'affection.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. MÉNÉTRIER

Professeur d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur en acceptant
la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux.*

A NOTRE MAÎTRE

M. LE DOCTEUR PAUL DALCHÉ

Médecin de l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse. Nous le prions
de vouloir bien accepter le té-
moignage de notre profonde
reconnaissance pour l'ensei-
gnement clinique qu'il nous a
donné pendant deux ans dans
son service, et des attentions
paternelles qu'il nous a tou-
jours témoigné.*

INTRODUCTION

Rares sont les praticiens qui n'ont pas eu l'occasion d'observer chez les femmes, la fréquence de ce mal curieux, si commun chez nombre d'elles, qui est le mal de reins ou plus exactement la douleur lombaire.

« Il est peu de femmes qui ne se plaignent de leurs reins, tout au moins au moment de leurs règles, et ces souffrances pendant certaines affections génitales, et surtout pendant l'accouchement, prennent une intensité qui approche celle des coliques de la matrice » (M. Dalché).

Alors, en abordant ce petit travail sur un sujet si commun, nous n'avons pas eu la prétention d'apporter du nouveau dans son histoire, mais simplement de réunir, les faits et les phénomènes cliniques reconnus à son origine, sous un chapitre qui permettrait la lecture d'un aperçu, à peu près complet, sur l'étude étiologique et clinique de la douleur lombaire. Peut-être, notre travail présentera-t-il un certain intérêt, pour le lecteur, d'avoir rappelé dans l'étude étiologique « la douleur métamérique » qui prendrait, à notre avis, la plus grande part dans le mécanisme physio-pathologique de la douleur lombaire.

Nos connaissances, et surtout notre trop jeune expérience clinique, resteront sûrement trop faibles pour nous sauvegarder des lacunes et des imperfections de description que l'on rencontrera dans cet exposé ; et nous sommes anxieux à l'idée que notre besogne puisse paraître peu digne de notre savant maître M. le Dr Dalché, qui a bien voulu nous honorer en nous la confiant. Mais notre tâche sera récompensée si ce modeste travail pouvait contribuer à la compréhension de la nature de ce mal, dont les véritables causes restent des plus variables, et qui se trouvent parfois à l'origine de quelques erreurs de diagnostic préjudiciables pour les indications du traitement.

« Car on ne saurait croire combien de femmes souffrent des douleurs erratiques, que le praticien étonné tâche de rattacher à toutes sortes de causes, et qui dépendent en réalité d'une névralgie du col ou des annexes » (Malgaigne, 1848).

DE LA DOULEUR LOMBAIRE CHEZ LES UTÉRINES

HISTORIQUE

Bassereau en 1840, écrit dans sa thèse, que déjà Nicod en 1818, Player en 1821, Brown en 1828, Ollivier en 1837, Griffin en 1838, ont tous signalé les troubles de la menstruation, l'ovarite, la métrite, l'état chlorotique, l'hystérie, comme autant d'états morbides, le plus souvent concomitants de la névralgie intercostale ou de l'irritation spinale, suivant la manière dont ils considéraient la maladie. Il faut remarquer qu'à cette époque on s'efforçait de voir tout le mal dans la névralgie intercostale, dont celle de la région lombaire faisait partie ou ne constituait qu'une complication, et cette manière de voir les empêchait d'attribuer à la souffrance lombaire sa trop juste part. Car comme le dit Bassereau plus loin, sur les 30 femmes observées par lui, affectées de névralgie intercostale, 24 ont présenté des troubles du côté de l'utérus, et interrogées avec soin, elles déclaraient que les douleurs hypogastriques avaient précédé celles du dos et de la

paroi de la poitrine; ce à quoi nous pouvons ajouter que si son attention s'était portée sur la région lombaire, il aurait certainement trouvé en elle, la répercussion des affections utérines ou annexielles, bien plus fréquentes que celle du dos et de la « paroi de la poitrine ».

Mais il insiste sur le fait que le point de départ de ces névralgies est la matrice affectée.

Par contre, Valleix, en 1841, le premier qui traite séparément de la névralgie lombo-abdominale en déterminant ses différents points douloureux, veut voir en elle la cause de tous les symptômes intenses signalés du côté de l'utérus; bien qu'il ne conteste pas « que les affections utérines les mieux caractérisées, s'accompagnent d'irritation douloureuses dans les reins ».

En 1848, Malgaigne, prétend que le point de départ de ces névralgies est le col utérin, c'est-à-dire un point douloureux à la pression sur le col, situé en avant et un peu à gauche.

« Il est fort rare que ce point névralgique existe sans déterminer de douleurs analogues dans l'abdomen, dans les flancs, dans les hypocondres, au creux épigastrique, dans les seins, dans le dos et jusque dans les épaules; dans les cuisses et dans les jambes, en un mot tout l'appareil de la névralgie intercostale de Bassereau et de la névralgie lombo-abdominale de Valleix » (Malgaigne).

Persuadé de sa manière de voir, il institue dans ces cas un nouveau traitement, qui consistait à faire

une incision aux ciseaux, sur la lèvre antérieure du museau de tanche.

Dans *l'Union médicale* de 1850, Axenfeld, rapporte dans son travail sur la névralgie lombo-abdominale, l'opinion de Beau qui dit, qu'entre les maladies de l'utérus et les affections douloureuses des nerfs lombaires, existe un rapport de dépendance tel, qu'il est rare de trouver chez les femmes cette névralgie, en l'absence de toute lésion de l'utérus. Il regarde comme exceptionnel les cas de névralgie pure.

Neucourt (1858), partage les deux opinions en déclarant que l'on doit considérer une névralgie lombaire comme essentielle, dans laquelle un examen attentif ne permet de reconnaître aucune lésion matérielle, et, comme symptomatique celle dans laquelle, outre les symptômes de la névralgie, il existe des phénomènes morbides appréciables dans les organes voisins. Mais il est encore à se demander si un abaissement prouvé de l'utérus par des tiraillements qu'il exerçait, puisse provoquer pareille névralgie.

Peu de temps après (1860), Marotte, essaye d'établir une distinction entre les épiphénomènes d'origine purement névralgique, et ceux provenant des affections utérines ou annexielles. Pour cela il conseille un moyen, dont dit-il, il s'est souvent servi, et qui consiste à saisir la peau seule et à la soulever avec les doigts : il serait impossible, à son avis, que la douleur ainsi provoquée dépende des parties profondes. Pourtant il avoue que dans les cas où les

épiphénomènes d'origine névralgique, ont été précédés ou suivis de ceux d'origine inflammatoire, il est impossible d'arriver à cette distinction, parce qu'il croit que les névralgies répétées ou passées à l'état chronique, surtout lorsqu'elles sont liées à la menstruation, peuvent amener à la longue, un engorgement ou un état fongueux, lequel peut entretenir à son tour l'affection douloureuse.

La remarquable thèse de Desplats, en 1868, apporte beaucoup de clarté et de précision à cette question litigieuse des auteurs qui lui ont précédé. Se basant sur les constatations anatomiques des anastomoses que les nerfs de l'utérus affectent avec ceux des plexus sacré et lombaire, il explique la fréquence dans les affections de la matrice, de la névralgie lombo-abdominale, des douleurs parfois atroces de la sciatique, des douleurs de la région sacrée, de la fesse, de l'anus, de la vulve, et même la paraplégie.

« On voit des malheureuses femmes atteintes d'un engorgement ou déplacement de la matrice, tourmentées pendant des longs mois par des gastralgies opiniâtres, accompagnées de névralgies lombo-abdominale, intercostale et même faciale. Dans ces cas, il faut se souvenir des sympathies secrètes qui relient entre eux les organes et la solidarité qui existe entre eux » (Desplats).

Tillaux, en écrivant de la lombalgie dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de 1870, s'exprime ainsi : « La lombalgie n'est qu'un

symptôme commun à un certain nombre d'états morbides, dont il constitue le caractère commun. » Et il la divise en lombalgies traumatique, rhumatismale, idiopathique, symptomatique, relevant des maladies inflammatoires et organiques de l'utérus ; et, la lombalgie sympathique.

Siredey, en 1875, fait remarquer à ses élèves que la névralgie lombo-abdominale peut persister après la guérison des lésions utérines ne demandant alors que son seul traitement local ou général.

Dans un article paru dans la *Gaz. des hôpitaux*, du 30 juin 1921, M. Dalché a su révéler toute l'importance clinique de la douleur lombaire chez la femme. Il a bien fait ressortir des hypothèses les plus variables sur les nombreux facteurs de la douleur. Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur à l'article lui-même, qui pourra, mieux qu'un résumé, le renseigner sur ce travail.

Considérations anatomiques

L'innervation de l'appareil sexuel de la femme appartient entièrement au sympathique thoracolumbaire plus précisément, au ganglion mésentérique inférieur, et au plexus hypogastrique dont la description anatomique est restée longtemps insuffisamment élucidée. Ce ne sont que les monographies de Lée, en 1842, et celle de Frankenhauser, en 1867, qui ont apporté du jour à la complexité des formations nerveuses du sympathique thoraco-lombaire

et du plexus hypogastrique. Les anatomistes sont restés longtemps en désaccord sur l'existence, le mode de formation et la situation exacte du ganglion hypogastrique, dit de Frankenhauser, dont tout dernièrement, MM. A. Latarjet et Ph. Rochet ont donné une description nouvelle très précise.

A cause de grandes connexions nerveuses qui existent entre les organes génitaux et les organes contenus dans la cavité pelvienne, *a fortiori*, à cause de trop fréquentes relations physio-pathologiques établies entre eux, nous décrivons en même temps que l'innervation des organes génitaux, le mode de distribution nerveuse pour l'uretère, pour la vessie et pour le rectum.

Les nerfs de l'ovaire, de la trompe et d'une partie du corps de l'utérus proviennent du plexus ovarique qui entoure l'artère et les veines du même nom. Si on remonte à l'origine ce même plexus, Frankenhauser a démontré qu'il provient des ganglions mésentérique inférieur et aortico-rénaux. Ces ganglions fournissent un ou plusieurs troncs qui se dirigent vers la veine ovarienne, ou bien ils vont d'arrière en avant pour se placer sur la veine rénale et la quitter avec la veine ovarienne, à laquelle ils abandonnent de nombreux filets, anastomosés entre eux. Arrivés au niveau de l'ovaire, trois troncs se forment pour se diviser ensuite et gagner leur territoire propre.

Le groupe le plus externe se rend à la partie interne de la trompe ; le groupe moyen gagne la partie interne

et externe de l'ovaire, et après s'être divisé en nombreux rameaux, pénètre dans le stroma ovarien avec les vaisseaux ; le groupe interne se distribue à la partie latérale et au fond de l'utérus, et fait des anastomoses avec les fibres utérines venues à ce niveau du plexus hypogastrique. Dans le territoire de ces anastomoses on trouve quelquefois un ganglion appelé : le ganglion ovarien de Lée.

Les nerfs de l'utérus, du vagin, de l'uretère, de la vessie et du rectum, proviennent tous du plexus hypogastrique.

Lors de la bifurcation de l'aorte, les éléments nerveux faisant suite à la chaîne nerveuse prévertébrale, se réunissent au niveau de la dernière vertèbre lombaire à un cordon plat : le nerf présacré. Celui-ci, après avoir franchi le promontoire, se bifurque en deux branches qui sont les deux nerfs hypogastriques, et qui vont gagner la partie supérieure de l'espace latéro-rectal. Après un court trajet, abandonnant quelques filets nerveux aux troncs vasculaires hypogastriques, ils vont se terminer dans la corne postérieure du ganglion hypogastrique, qui est le carrefour nerveux du petit bassin.

Celui-ci se trouve à la face externe de l'ampoule rectale, à laquelle il abandonne de nombreuses branches ; en arrière de l'utérus et du vagin, qui sont réunis à lui par d'importantes branches nerveuses. Sa partie tout antérieure répond à la face externe du ligament utéro-sacré correspondant ; elle est intimement unie à ce ligament, de telle sorte,

qu'on peut dire que la charpente principale de cet appareil ligamentaire est constituée par les éléments nerveux, qui vont se perdre dans la région isthmique de l'utérus.

Anastomoses. — Un filet nerveux unit le dernier ganglion sympathique lombaire au nerf présacré, un peu au-dessus du promontoire.

La chaîne sympathique sacrée est unie au nerf hypogastrique, par des filets nerveux tirant leur origine des deuxième et troisième ganglions sacrés.

Le ganglion hypogastrique présente de nombreuses anastomoses avec le plexus sacré, assurées par des rameaux nerveux venant des troisième et quatrième branches du plexus sacré. Une ou deux branches parties du même plexus, passent au-dessus du ganglion hypogastrique et vont se jeter dans les mailles du plexus vaginal.

Branches de distribution. — On peut les diviser en nerfs rectaux et en nerfs génito-vésicaux, parmi lesquels se trouvent les nerfs vagino-vésicaux, et les nerfs de l'utérus proprement dit.

Nerfs rectaux supérieurs, moyens et inférieurs, proviennent tous du nerf et du ganglion hypogastrique.

Nerfs vagino-vésicaux. — Ces nerfs plus ou moins anastomosés à leur origine, forment un plexus, situé entre la paroi externe du dome vaginal et les ramifications veineuses vagino-vésicales, qui le plus souvent font un lacis très serré avec les nerfs. De ce plexus partent deux séries de nerfs, qui cheminent

de part et d'autre de l'uretère auquel ils abandonnent quelques filets nerveux : les uns vont gagner la corne postérieure de la vessie et les parois latérales du vagin, en faisant entre eux de nombreuses anastomoses ; les autres vont s'insinuer dans l'espace inter-vésico-vaginal pour gagner la face antérieure du vagin et la partie postérieure de la vessie. Un ou deux rameaux nerveux vont directement à l'isthme de l'utérus.

Nerfs de l'utérus. — Du bord antérieur du ganglion hypogastrique partent des branches nerveuses volumineuses, qui font corps avec les ligaments utéro-sacrés, et amarrent l'isthme utérin par sa face postérieure et ses bords, en opposant une grande résistance aux mouvements exercés sur l'utérus. Ce sont ces branches nerveuses qui, accolées à la face externe des ligaments utéro-sacrés, limitent l'orifice supérieur du cul-de-sac de Douglas. Ils abordent la face postérieure de l'utérus au niveau de l'isthme et sa portion inférieure ; seuls quelques filets remontent sur les faces latérales.

Il n'existe pas d'anastomoses visibles entre les nerfs de la moitié droite et de la moitié gauche de la matrice.

Un groupe accessoire des nerfs de l'utérus est représenté par des rameaux déjà décrits, venant du plexus vagino-vésical, et le nerf latéral de l'utérus. Ses origines sont variables : il peut prendre naissance du nerf hypogastrique correspondant, ou du ganglion hypogastrique ; ou également du

plexus vagino-vésical. Il aborde l'utérus au niveau de l'isthme et en arrière de l'artère utérine, monte parallèlement au bord externe de la matrice et se perd dans les mailles du plexus veineux utérin postérieur. Il donne de nombreuses branches au muscle utérin et se termine à la naissance du ligament rond en lui abandonnant plusieurs filets nerveux. C'est à ce niveau qu'existe un riche plexus nerveux, auquel il donne plusieurs branches, qui vont s'anastomoser au niveau de la portion isthmique de la trompe avec des branches terminales des nerfs tubaires et ovariens.

On trouve aussi des longs rameaux grêles, partis du ganglion hypogastrique, pour se diriger vers le ligament large et la trompe, où ils vont s'anastomoser avec les filets tubaires principaux, venus du ganglion mésentérique inférieur.

Les vaisseaux sanguins et les lymphatiques. —

Les vaisseaux de l'ovaire sont l'artère ovarienne (branche de l'aorte abdominale) et les veines tributaires à droite de la veine cave inférieure, et à gauche de la veine rénale. Les lymphatiques aboutissent aux ganglions lombaires.

Ceux de la trompe sont fournis par les vaisseaux utérins et ovariens ; les lymphatiques sont tributaires des ganglions lombaires.

L'artère utérine, branche de l'hypogastrique, descend d'abord le long de la paroi pelvienne, traverse la base du ligament large, et se réfléchit contre le col de l'utérus. Elle remonte ensuite le long du bord

latéral de l'utérus, et s'anastomose, vers l'angle interne de cet organe, avec la funiculaire et la terminaison de l'artère tubaire branche de l'ovarienne ; l'utérine est donc en communication indirecte avec l'iliaque externe et l'aorte abdominale.

Les veines prennent la forme d'un riche plexus entourant l'artère ; elles se jettent dans la veine iliaque interne.

Les lymphatiques du corps de l'utérus cheminent avec ceux de la trompe et de l'ovaire, le long des vaisseaux ovariens et aboutissent aux ganglions lombaires ; quelques collecteurs suivent, avec les vaisseaux funiculaires, le trajet du ligament rond, et se rendent aux ganglions inguinaux du groupe interne. Les lymphatiques du col sont tributaires des ganglions pelviens, auxquels ils parviennent en accompagnant les vaisseaux utérins suivant la base du ligament large : ganglions iliaques externes, ganglion hypogastrique ; ganglions sacrés latéraux et celui du promontoire.

Après ces considérations anatomiques, on peut facilement juger de la grande richesse nerveuse des organes génitaux de la femme, et de l'extrême complexité qui règne dans la distribution de ses différentes branches. C'est un véritable réseau nerveux, qui englobe dans ses mailles tous les organes contenus dans la cavité pelvienne, en leur assurant des connexions plus ou moins grandes. Mais en réduisant notre tableau anatomique, nous pouvons repérer deux régions, ou mieux, deux segments sur la

chaîne sympathique prévertébrale qui se partagent l'innervation de l'appareil sexuel : un supérieur lombaire, qui assure l'innervation de l'ovaire, de la trompe et du corps de l'utérus ; l'autre inférieur sacré, tenant sous sa dépendance l'innervation de la partie cervico-isthmique de l'utérus, du cul-de-sac de Douglas et de la partie postérieure du vagin.

Déjà, les anatomistes Head, Tharburn, Makensie, Martin, en étudiant les paires nerveuses suivant lesquelles se font les irradiations douloureuses pariétales, dans les lésions viscérales, étaient arrivés aux conclusions suivantes :

. Le corps de l'utérus correspond à D^{10}, D^{11}, D^{12} et L^1 ; l'ovaire à D^{10} ; la trompe à D^{11}, D^{12} et L^1 . Le col de l'utérus, au contraire, correspond à S^2, S^3 et S^4 .

Nous avons vu que les vaisseaux sanguins et les lymphatiques (excepté ceux du col), concourent tous, directement ou indirectement, à confluer vers la région lombaire, qui est l'endroit de prédilection des congestions reflexes, des organes génitaux.

Par conséquent, les régions lombaire et sacrée, tiendront la première place dans l'ordre de fréquence des retentissements douloureux, dans les affections utéro-annexielles.

ETIOLOGIE ET PHISIOLOGIE PATHOLOGIQUE

TRAUMATISMES

La rupture musculaire ou aponévrotique de la masse sacro-lombaire, appelée vulgairement « tour de reins » est un incident caractérisé par une douleur très vive, survenue brusquement dans la région lombaire à la suite d'un effort intense, celui qui consiste à soulever un fardeau. Depuis ce moment tout travail devient impossible, la pression directe et très douloureuse, il en est de même des mouvements de flexion, d'extension et de rotation du tronc. Cette affection purement locale se passe sans fièvre, et elle ne saurait être confondue avec aucune autre en présence des commémoratifs.

D'autres lésions, telles que rupture du rein, fracture de la colonne vertébrale, etc., donnent certainement lieu à la lombalgie, mais ce symptôme ne joue là qu'un rôle très secondaire. Qu'il s'agisse d'action réflexe, de fluxion pure, ou d'une douleur d'origine rhumatismale, les muscles, parfois sont très sensibles. La myalgie toutefois s'observe chez les neurasthénique et les anxieuses.

Le mal de Pott. — La carie tuberculeuse des

vertèbres lombaires au début, peut simuler la douleur lombaire. La contracture musculaire, la raideur vertébrale et la douleur spontanée, à maximum généralement nocturne, doivent faire éviter de la confondre avec celle relevant d'une affection utéro-annexielle ou d'origine purement nerveuse. L'erreur pourtant est possible, et M. Dalché a rapporté une observation, où pareille erreur fut commise sur une jeune fille, qui garda longtemps un appareil plâtré sans voir son état s'améliorer. Il s'agissait d'une malade atteinte d'une névrose d'angoisse, qui a amené une instabilité ovarienne, puis de la congestion sexuelle, et qui à leur tour ont donné naissance à une névralgie iléo-lombaire, à une méralgie parestésique avec les algies abdominales et lombo-sacrées. La névropathie, les douleurs, les phénomènes génitaux ont provoqué de la lassitude et une paresse des membres inférieurs avec exagération des réflexes rotuliens, ce qui a certainement enduit en erreur, le médecin, qui avait diagnostiqué le mal de Pott.

Les affections rénales. — Presque toutes les affections rénales retentissent sur la région lombaire. Dans la colique néphrétique, la région lombaire reste souvent endolorie pendant plusieurs jours. Si la douleur est bien localisée à la paroi lombaire exagérée par la pression dans l'angle costo-lombaire, propagée vers l'uretère et la cuisse, elle est bien d'origine rénale (M. Legueu).

On l'observe dans la lithiase ; dans les gros reins

lourds : tumeurs épithéliales, reins polykystiques grosse hydronéphrose.

Dans certaines néphrites et périnéphrites chroniques ; dans les pyélites ou pyélonéphrites ;

Dans la périnéphrite suppurée toute la région lombaire est douloureuse ; parfois il y a de l'œdème de la paroi.

De toutes les affections rénales, celle qui prête le plus à la confusion, c'est le rein mobile. Le rein flottant, écrit M. J. Castaigne, est une affection très fréquente de la femme ; c'est souvent une surprise de l'examen complet et qui se traduit alors simplement par la constatation d'un rein mobile ; en réalité, il ne rentre dans le cadre morbide que par les complications locales ou autres qui peuvent accompagner son existence.

M. Walter de Dresde, a vu la mobilité rénale donner lieu à des symptômes qui simulent la métrite, tels que des pesanteurs, des douleurs lombaires et hypogastriques. On conçoit facilement que lorsqu'il existe simultanément de la leucorrhée et des troubles menstruels, la confusion soit possible.

Thiriar, écrit en 1888, que pour la première fois, il a été amené à rechercher les relations qui existent entre le rein mobile et les affections de l'appareil génital de la femme, chez une malade souffrant depuis longtemps de divers troubles utérins qui avaient produit une véritable cachexie. « Je lui découvris un rein mobile, et, avant de procéder au curetage uté-

rin, je pratiquais la néphropexie. Cette opération suffit pour amener en peu de temps la disparition de tous les troubles dont elle se plaignait du côté de la matrice. »

Le rein déplacé produit la plupart du temps une congestion intense des organes génitaux de la femme qui est une des causes les plus fréquentes de la douleur lombaire. Une irritation du plexus ovarique, anastomosé comme on sait avec le plexus rénal, s'établit à la suite de tiraillements que le rein déplacé exerce sur son plexus, ce qui est encore une cause évidente de la douleur lombaire. L'irritation ovarienne provoque des désordres nerveux du côté de l'utérus, qui liés à la congestion des organes, créent une condition qui favorise singulièrement l'infection.

Les capsules surrénales, écrit M. Dalché, jouent le plus grand rôle, dans les manifestations douloureuses de la région lombaire. Les relations qui unissent l'ovaire et la surrénale sont suffisamment démontrées : au point de vue embryologique, histologique, histochimique, les deux glandes sont unies par des rapports très serrés, leur physiologie et leur pathologie affectent une interdépendance plus grande encore qu'avec les autres endocrines. Bien des lassitudes, des asthénies, des céphalées menstruelles sont d'origine surrénalique, comme aussi des pigmentations menstruelles, pigmentation des paupières, etc. De nombreuses douleurs lombaires de l'époque des règles trouvent leur véritable cause

dans la surrénale et sont analogues aux lombalgies de la maladie d'Addisson.

Viscéroptoses. — Chez les viscéroptosiques qui souffrent tant de leurs reins, il est difficile de faire juste part à tous les facteurs qui interviennent pour engendrer ces souffrances. Au relâchement de la sangle abdominale se joint la laxité des ligaments utérins, amenant la chute de cet organe ; à cause des dispositions anatomiques spéciales chez la femme, le rein droit se déplace facilement, et à cette descente générale des organes, vient s'associer l'intestin, qui va compléter et compliquer cet ensemble pathologique dont les faits se tiennent. Les tiraillements que l'utérus, non soutenu par la paroi abdominale relâchée, exerce sur ses ligaments surtout les ligaments utéro-sacrés, — qui affectent une si intime relation avec les nerfs cervico-isthmiques — ont pour effet la production des douleurs lombaires auxquelles s'ajoutent celles occasionnées par le rein mobile. Ces souffrances atteignent leur maximum d'intensité, pendant l'époque menstruelle : l'utérus gorgé de sang tire davantage sur ses ligaments, et le rein congestionné, pèse plus lourd et irrite son plexus nerveux, en augmentant les douleurs provoquées par la congestion utérine. Toutefois une crise de constipation chez ces malades, peut donner naissance à la douleur lombaire.

AFFECTION GÉNITALES

Les déviations de la matrice viennent prendre une place très importante parmi les causes de la douleur lombaire.

Les rétrodéviations de l'utérus provoquent une sensation presque constante de fatigue, de douleurs lombo-sacrées, dorsales et voir dorso-cervicales ; de pesanteurs dans la région pelvienne, avec réactions plus ou moins accentuées du côté de la vessie et du rectum : cystalgie, dysuril ; besoins fréquents d'uriner ; beaucoup plus souvent il y a une constipation opiniâtre qui se complique d'entéro-côlite avec tout son cortège de phénomènes dyspeptiques et nerveux.

« On voit à chaque instant, dans les consultations gynécologiques, des jeunes femmes pâles, dont les traits tirés accusent de la fatigue et la souffrance. Accouchées depuis cinq ou six semaines, elles se plaignent des douleurs lombo-abdominales, de pesanteurs pelviennes, qui augmentent à la fin de la journée et surtout après une marche un peu longue ou une station debout prolongée » (M. Siredey).

Les états morbides réunissent des nombreux motifs qui entretiennent la congestion utérine sur laquelle se greffe la métrite et la névralgie lombo-abdominale.

Le prolapsus de l'ovaire occasionne une foule de phénomènes morbides, que les malheureuses femmes atteintes de cette infirmité accusent. La moindre congestion réveille, déjà sa sensibilité extraordinaire et quand à elle se joignent les tiraillements qu'il exerce sur le riche pédicule vasculo-nerveux, les phénomènes d'hyperesthésie et de névralgie deviennent parfois insupportables. La marche, la station debout les aggrave ; Churchill (1851) a vu des femmes tout à fait incapables de marcher. Ces malades se fatiguent facilement et sont souvent obligées de quitter leurs travaux pour se reposer. Les troubles se propagent à la vessie et au rectum, en provoquant des envies fréquentes d'uriner — avec sensation de douleur et de cuisson à l'émission d'urine — et des besoins fréquents d'aller à la selle.

« Le prolapsus de l'ovaire peut s'accompagner des symptômes asthéniques, psychasthéniques et anxieux, qui se compliquent d'une topoalgie psychique et il est parfois difficile de démêler ce qui appartient au nervosisme et ce qui revient aux tiraillements » (M. Dalché).

Même des accès d'hystérie ne sont pas rares, dit Churchill.

La congestion utérine, accidentelle ou simplement d'origine menstruelle, est une cause des plus habituelles de la douleur lombaire. Aussi nombreuses sont les femmes, qui n'ayant aucune altération des organes génitaux, ne peuvent avoir leurs règles sans souffrir des reins. Les conditions qui

entretiennent les poussées fluxionnaires, facilitent particulièrement l'installation de la douleur lombaire et favorisent sa persistance. C'est ainsi que chez certaines femmes à la ménopause, les troubles menstruels dont elles sont assaillies à cette époque, provoquent des pesanteurs, allant jusqu'à la souffrance, au niveau des reins, des régions sacrées, du périnée, du bas-ventre et des cuisses. Ce sont d'éternelles fatiguées, qui dans certains cas, n'accusent que la persistance des douleurs lombaires.

La métrite, après la congestion utérine, est un des principaux facteurs de la douleur lombaire. Les pesanteurs et les tiraillements dont elle est accompagnée, s'exaspèrent au moment des règles, en même temps qu'une douleur contusive vient se localiser au niveau des reins.

La métrite du col surtout s'accompagne d'une sensibilité de la région lombaire. Malgaigne (1848) déjà avait signalé que dans les affections du col (métrite, érosions, déchirure) la douleur peut s'irradier sur tout le tronc et même sur les membres thoraciques, et non sur les membres inférieurs ; ces derniers s'affectant dans les lésions du corps de l'utérus ou des annexes.

Les salpingites, les salpingo-ovarites, la péritonite, les phlegmons du ligament large, donnent tous lieu à des douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant vers les cuisses et les lombes.

Le cancer du corps de l'utérus, à la période des métrorrhagies, occasionne des crises douloureuses

paraxystiques, avec maximum de souffrances au niveau des reins. Elles sont dues aux contractions de la matrice pour chasser, soit des sécrétions mucopurulentes, soit du sang, en rétention dans sa cavité, et les douleurs expulsives arrivent à égaler celles des coliques utérines de la parturiente. Ces souffrances sont dues également aux lésions cancéreuses du riche plexus nerveux intramusculaire avec lequel le néoplasme se trouve en contact dès son début, ce qui explique la précocité des douleurs.

Les souffrances lombaires, des femmes encouches, sont trop connues pour que nous insistions particulièrement ; elles prennent chez beaucoup de parturiantes, une intensité telle, qu'elles déclarent accoucher par les reins. Il y en a qui n'ont eu que ces douleurs-là, pendant toute la durée de l'enfantement.

Mais une des causes les plus importantes des douleurs lombaires tenaces, pénibles, incessantes, est la dysovarie. L'instabilité ovarienne, au cours de la vie génitale, caractérisée par des phénomènes d'insuffisance et d'hyperactivité, d'aménorrhée et de congestion, amène l'invariable sensation de lassitude, de pesanteur, de brisement dans la région lombaire qui rendent pénible la station debout et la marche. Chez les hypoovariques, une céphalée continue et des nausées fréquentes, s'ajoutent à ces phénomènes et augmentent d'intensité à propos des époques, ou cinq à six jours avant leur apparition.

« Certaines de ces céphalalgies et lombalgies

reconnaissent une cause toxique menstruelles ou endocrinienne, et alors souvent surrénalique » (M. Dalché).

Causes nerveuses. — Parmi les plus fréquentes, vient la névralgie lombo-abdominale avec ses points lombaires décrits pour la première fois par Valleix en 1841, et ses complications de méralgie paréthésique, de sciatique, d'épigastralgie, de névralgie intercostale si bien étudiées par Bassereau en 1840, et d'algie abdominales multiples.

Il est bien démontré, que sous l'influence des névralgies se produisent des troubles vasculaires vaso-moteurs. Les congestions que l'on observe dans la névralgie trifaciale au niveau de l'œil et de sa muqueuse, sont de même ordre, que les changements des fluxions des organes génitaux, qui s'opèrent sous l'influence des névralgies lombo-abdominale, utérine ou généralisée sur tous les nerfs du bassin. C'est la congestion de l'appareil génital qui s'établit, sous l'influence de la névralgie lombo-abdominale, et qui se traduit au dehors par des écoulements leucorrhéiques, sanguins et même des véritables métrorrhagies, qui augmentent ou diminuent selon l'intensité des douleurs. Cet état retentit sur la moelle lombaire qui renferme le centre vaso-moteur des organes génitaux, et y détermine de l'hyperhémie et une véritable congestion, sous l'influence de laquelle les douleurs vont persister ou s'augmenter suivant l'époque que la malade franchit. Ainsi, écrit Marotte (1860), l'époque mens-

truelle rappelle les douleurs lorsqu'elles sont récemment apaisées et les exaspère lorsqu'elles existent. Mais si l'écoulement sanguin est abondant, l'exacerbation n'a pas lieu : la douleur diminue, disparaît même pour un certain temps, tous le temps que dure l'évacuation sanguine, qui semble ainsi « juger la douleur ».

La paraplégie douloureuse donne naissance à des souffrances horribles. Consécutive à un cancer utérin qui se propage aux filets nerveux, aux ganglions, gagne la colonne vertébrale et la moelle, elle provoque des douleurs lombaires que nous avons décrites à propos du cancer de corps de l'utérus, avec cette différence, que dans ce cas les douleurs sont exaltées par la moindre pression, la station debout et la marche qui deviennent impossibles.

Le nervosisme est la seule cause, parfois, qui provoque la douleur lombaire. Les émotions fortes sont également à incriminer.

« Les malades atteintes de neurasthénie, de névrose d'angoisse, les hystériques même souffrent de lombalgies qui n'ont rien d'organique et comparables à la plaque sacrée. Elles éprouvent au niveau des reins une sensation de lassitude douloureuse, de contusion à siège assez imprécis, dont la persistance est pénible ; cette douleur s'accompagne d'une faiblesse qui gêne la station debout, la marche, le moindre effort et est accrue par la pression. Il existe même, parfois, une sorte d'hyperesthésie de la région qui devient trompeuse pour le diagnostic

exact, surtout chez les asthéniques pour lesquelles tout mouvement est impossible » (M. Dalché).

Causes générales. — La lombalgie peut être observée dans la fièvre typhoïde et les grandes infections en général. On connaît bien d'ailleurs, qu'elle est un des signes précurseurs le plus fréquent de la variole.

La tuberculose des organes génitaux se place parmi les facteurs de la douleur lombaire.

La spécificité intervient également et alors la douleur lombaire reconnaît une étiologie complexe. Elle agit directement ou par l'intermédiaire d'un trouble utéro-ovarien ou enfin névropathique.

Une crise hémorroïdaire ou un accès de constipation chez une entérocolitique, peut la provoquer.

DOULEUR MÉTAMÉRIQUE

« Lorsqu'un organe est lésé au point de provoquer l'apparition d'une douleur réflexe irradiée, n'importe quel autre organe qui reçoit son innervation sensitive du même segment métamérique, se trouve englobé dans le processus d'hypersensitivité » (Head).

Qu'est-ce qu'on entend par le segment métamérique et la métamérisation en général? C'est Brissaud, qui introduit le premier ces termes en médecine, à l'occasion de ses leçons cliniques sur le zona du tronc et sa topographie (1896), et il s'exprimait ainsi :

« Le métamère est toute portion de l'être fragmentaire possédant en soi l'ensemble des propriétés ou attributions de l'être définitivement achevé : c'est un de ces bourgeons primitifs empilés les uns au-dessus des autres, en série linéaire, dont toutes les parties constituantes sont semblables et qui, envisagés chacun isolément, résument les caractères morphologiques et physiologiques du tout. » Dès 1827, Maquin-Tandon, appelait ces bourgeons *zoonites*. Il avait démontré qu'un animal, tel que la sangsue, est un groupement sérié des parties équivalentes ou homodynames. Duges l'étendit à tous les embranchements, ordres, familles, genres et espèces du règne animal. Aussi la loi de répétition des parties pourrait s'appliquer aussi bien à l'homme qu'à la sangsue. Quelles que soient les variations ultérieures de nos organes, chacun des segments primitifs dont nous avons été formés aux premières heures de la vie embryonnaire, conserverait indéfiniment le souvenir matériel de la fragmentation initiale. Les *zoonites* de Maquin-Tandon, ne sont pas autre chose que les métamères de Haeckel.

Jusque vers le troisième mois de la vie embryonnaire, la longueur de la moelle est égale à celle du rachis. Tant que la longueur de la moelle reste égale à celle de l'individu, il est évident qu'il y a concordance de niveau entre les centres spinaux superposés et les différentes parties également superposées que ces centres innervent.

En d'autres termes, il y a concordance de niveau

entre chaque étage de la surface ectodermique sensible et chaque étage du névraxe où aboutissent les racines sensibles de la périphérie. Mais à partir du troisième mois de la vie fœtale, la moelle s'accroît bien moins vite que tout le reste de l'individu. A la naissance, elle ne représente que 30 0/0 et à la fin de la croissance que 26 0/0 de la longueur totale. Cette disproportion progressive correspond à ce que l'on appelle l'ascension relative de la moelle. Et, quoique la moelle soit chez l'adulte plus courte que chez l'embryon par rapport à la longueur du rachis, il n'en est pas moins qu'elle renferme exactement le même nombre de ces étages superposés auxquels aboutissent les racines des parties périphériques. Ces étages superposés correspondent exactement aux métamères primitifs qui, toute la vie durant restent représentés par des tranches horizontales de l'individu.

C'est la disposition de la musculature qui exprime la métamérisation primitive et la plus ancienne de corps du vertébré (Hertwig, 1891).

Chez l'homme, comme chez tous les vertébrés supérieurs, le métamère est pourvu d'un appareil nerveux. Ce dernier — tronçon du système nerveux total — est représenté non pas par une double paire de racines déjà sensitivo-motrices, implantées sur le névraxe primitif, mais par une paire de simples saillies latérales dessinant un profil sinueux sur les côtés de la future moelle. Houssay a appelé *neurotome* ce segment de l'axe nerveux rudimentaire.

C'est surtout le neurotome, subdivision transitoire de l'axe spinal, constitué ultérieurement chez l'adulte comme chez l'enfant, le fœtus ou l'embryon par une double paire radiculaire qui caractérise la métamérie nerveuse sur la ligne médiane. Sur les côtes, la métamérie est dirigée par le développement des muscles qui proviennent directement des segments primordiaux. Les neuratomes et les métamères musculaires ou myomères restent en corrélation, mais sans affrontement nécessaire et surtout durable. L'ascension de la moelle supprime rapidement les rapports immédiats des uns et des autres.

Donc, une paire de nerfs rachidiens, formés chacun par deux racines symétriques et de même niveau, immédiatement ou médiatement, correspond à un étage périphérique sinon du même niveau, du moins de même numéro.

Quelles que soient les modifications morphologiques survenues progressivement à la périphérie par le fait d'une fusion insensible entre les métamères superposés et aussi quelle que soit l'intimité qui s'établit entre les neurotomes d'étages différents par les anastomoses ou mieux par la croissance des prolongements des neurones, il est de toute évidence que chacun des segments de l'être parachevé reste aussi en connexion physiologique avec son neurotome primitif. Chaque étage de l'individu adulte est relié, par ses nerfs sensitifs, à un étage spinal déterminé qui gouverne et dirige son activité nutritive (Brissaud).

Il n'est pas difficile de se représenter cette transformation de la configuration extérieure, s'effectuant autour de l'axe nerveux médian qui a conservé la disposition en neurotomes échelonnés de la période embryonnaire. L'embryon grandit : des bourgeons deviennent visibles sur les parties latérales, annonçant les membres qui vont rapidement s'accroître jusqu'à dépasser la longueur du tronc. Du même coup, l'uniformité des segments périphériques disparaît : chacun d'eux, toujours tributaire de son neurotome, projette au loin ses éléments consécutifs, de plus en plus complexes, de plus en plus distants de la gouttière nerveuse primitive. Ainsi tout métamère entraîne au loin des nerfs issus de son neurotome, précédés et guidés par un cône de croissance. On conçoit qu'une paire nerveuse, au sortir du renflement lombaire, s'allonge de façon à fournir les rameaux sensitifs ou moteurs des segments métamériques aux dépens desquels le membre inférieur s'est formé. Tandis que, dans la région thoracique supérieure on voit persister la disposition segmentaire sur des plans superposés et sensiblement parallèles, on s'aperçoit, au fur et à mesure qu'on examine des nerfs plus proches de la région lombaire, que ceux-ci deviennent de plus en plus obliques par rapport à l'axe nerveux central : ils se rapprochent de la verticale pour gagner les membres qui ont émergé de leur bourgeon d'origine.

« La métamérie embryonnaire est un événement capital auquel l'homme, pas plus qu'un autre animal,

n'échappe et la persistance des grands étages primordiaux semble incontestable » (Brissaud).

En matière de conclusion on doit retenir que chaque étage de l'individu adulte est relié par ses nerfs sensitifs à un étage spinal déterminé qui dirige sa sensibilité. Nous connaissons que les segments primitifs renfermaient dans leur cadre les différents éléments constitutifs qui, au cours de l'évolution, changent de position pour aller occuper leur place définitive : par exemple, le cœur à son origine est cervical plus tard il devient thoracique ; les organes génitaux situés au commencement au niveau des reins descendent ultérieurement dans le bassin et le scrotum ; mais chacun de ces organes émigrés conserve ses connexions nerveuses primitives, et à l'état de complet développement de l'individu, reste innervé par son segment nerveux primitif. Alors, pour comprendre la correspondance métamérique des territoires nerveux viscéreux et des neuromères, il faudra revenir toujours à la topographie viscérale embryonnaire primitive, et cette notion est capitale pour la compréhension de la douleur métamérique.

Tout le monde connaît la douleur en broche de l'ulcère gastrique ; les douleurs scapulaires des affections bronchiques ; la douleur testiculaire dans la colique rénale lithiasique ; la douleur du gland dans le calcul vésical ; les douleurs lombo-sacrées dans les affections utérines ou péri-utérines, etc. Toutes ces névralgies réflexes sont aisées à comprendre, si l'on veut bien se rappeler, que la dou-

leur périphérique — métamérique — apparaît toujours dans le domaine segmentaire métamérique correspondant au segment médullaire qui répond au viscère en cause, et que ce même segment est toujours déterminé par la correspondance embryologique primitive du viscère envisagé.

Les troubles vésicaux, rectaux, la congestion rénale réflexe, les nombreuses malaises énumérés à propos des différentes lésions des organes génitaux, relèvent tous de la douleur métamérique, qui, quand elle arrive à provoquer une douleur réflexe irradiée, produit de l'hyper-sensitivité dans tous les organes, qui reçoivent leur innervation sensitive du même segment métamérique. Dans notre exposé anatomique, nous avons attiré l'attention sur les deux segments de la chaîne sympathique thoraco-lombaire qui se partagent l'innervation des organes génitaux : le segment lombaire et le segment sacré, qui sont, d'autre part, en connexion avec la moelle lombaire ; de sorte, qu'il n'est plus difficile à se représenter, après ces données embryologiques et les constatations cliniques, la fréquence et la constance d'endolorissement des régions périphériques correspondantes (à la moelle lombaire) dans les affections utéro-annexielles.

En réalité, le vrai mécanisme de ces phénomènes est le suivant : Il est bien démontré que les nerfs de la vie organique sont dépourvus de sensibilité, et que toutes les sensations de douleurs perçues au niveau d'un viscère, innervé uniquement par des

nerfs organiques, sont le résultat du phénomène d'extériorité de l'axe cérébro-spinale (propriété de rapporter les sensations au point d'où part à l'état physiologique l'impression sentie).

Les nerfs afférents du système autonome convoient le stimulus vers les centres cérébro-spinaux, de sorte, que les phénomènes tels que la douleur et l'hypéresthésie, sont des résultantes de l'excitation des centres cérébro-spinaux, par les nerfs autonomes, transmise à la périphérie par des nerfs spinaux (Mackenzie J.).

SYMPTOMATOLOGIE

Les caractéristiques de la douleur lombaire sont essentiellement variables suivant les malades. Elle peut être continue, sourde, contusive, se traduisant par des sensations de picotements, d'engourdissement, de crampes, d'élancements dans une région déterminée ou intermittente, apparaissant sous forme de crises paroxystiques extrêmement pénibles, à localisation diffuse dans toute la zone lombaire, et se renouvelant à intervalles réguliers ou irréguliers.

Souvent la malade accuse des douleurs, aussi bien dans la région lombaire et à l'hypogastre, que dans les fesses et la partie postérieure du membre inférieur : les plexus lombaire et sacré sont alors intéressés. Quelquefois la malade n'indique qu'un endroit ou un point unique, qui la fait le plus souffrir et auquel elle rattache toute l'importance, par exemple le point vulvaire, situé dans l'épaisseur de la grande lèvre, au niveau duquel la malade éprouve des sensations d'élancements, de démangeaisons, de picotements, de cuissons intolérables. De sorte qu'il faut procéder par un examen attentif, pour découvrir la

lombalgie caractéristique au milieu de tous les troubles et souffrances dont la patiente se plaint.

Dans les affections aiguës de la matrice ou des annexes, la douleur lombaire est intense avec celles de la région sacrée, du bas-ventre et des cuisses, que les mouvements, la station debout, la pression et l'exploration exaspèrent. La fièvre est plus ou moins grande et l'état général plus ou moins atteint.

Les affections chroniques donnent lieu à des phénomènes douloureux d'intensité variable. Ceux de la métrite chronique se résument en une pesanteur pelvienne, avec douleurs lombaires ou sacro-coccygiennes continuelles. La fatigue, les excès de toutes sortes, les règles surtout exaspèrent ces souffrances qui, parfois, se manifestent sous forme de véritables crises. A côté de ces symptômes locaux, il existe souvent des symptômes de voisinage, consistant en troubles vésicaux, mictions fréquentes et parfois douloureuses et troubles rectaux, défécation douloureuse, ténesme, épreintes.

Les douleurs spontanées, siégeant dans le bas-ventre et s'irradiant en haut vers les reins, en bas vers les cuisses avec retentissement fréquent du côté de la vessie et du rectum, s'observent dans la salpingo-ovarite. Ces douleurs peuvent être continues ou n'apparaître qu'au moment des règles, des rapports, de la fatigue.

Mais les rétrodéviations et les ptoses sont des affections qui font ressortir le mieux les caractères essentiels de la douleur lombaire. Associée la plu-

part du temps aux pesanteurs pelviennes, aux troubles sphinctériens de la vessie et à la constipation, elle augmente à la fin de la journée et, surtout après une marche ou une station debout prolongée. Ces malades voient leur activité physique diminuer et sous l'impression constante de fatigue tombent dans un état de langueur.

La puberté chez les jeunes filles, donne naissance très souvent, à la lombalgie. Nombreuses sont celles qui ont vu leurs premières règles accompagnées de maux de reins. Toute colique utérine retentit au niveau des reins, et il y a des jeunes filles pour lesquelles ces douleurs lombaires deviennent une obsession, car si elles atteignent leur paroxysme au moment des règles, elles persistent après leur cessation pour reprendre à l'époque suivante. Et, il y a des femmes qui, pendant toute leur vie génitale, n'ont pu avoir leurs règles sans souffrir des reins, bien que leurs organes génitaux restaient parfaitement sains.

Les dysménorrhéiques, à leur tour, paient le plus large tribut à la douleur lombaire. Réveillée deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, elle atteint le maximum d'intensité le jour où le flux menstruel va apparaître, et se complique alors de céphalées, de crampes d'estomac, de nausées et de vomissements. Elle diminue rapidement avec l'écoulement sanguin et disparaît avant la cessation des règles, pour revenir aux époques suivantes.

Les troubles menstruels de l'âge critique engen-

drent souvent une douleur lombaire qui peut persister longtemps après la ménopause.

Les fortes émotions chez les nerveuses et les émotives, retentissent parfois dans la région lombaire, sous forme d'élancements ou de sensations de construction.

Une hypéresthénie généralisée sur toute la région, peut être observée chez les neurasthéniques et les asthéniques surtout ; mais n'ayant rien d'organique, elle devient trompeuse pour le diagnostic.

Diagnostic

Toute la zone comprise entre les dernières côtes et l'os iliaque, de part et d'autre des vertèbres lombaires, peut être endolorie mais, la plupart du temps, la douleur prédomine en certains endroits déterminés. Elle peut avoir pour siège la colonne vertébrale et être éveillée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires.

Les trois points de la région lombaire qui correspondent plus exactement au siège de la douleur, sont deux supérieurs, situés un peu en dehors des I^{re} et II^e vertèbres lombaires, et un inférieur, placé à l'endroit où la masse sacro-lombaire prend ses insertions sur l'os iliaque. Ces trois points correspondent à l'émergence des branches postérieures du plexus lombaire, sur lesquels la pression provoque de la douleur. A ces trois points, s'associent souvent,

ceux des nerfs abdomino-génitaux, du fémoro-cutané et du crural.

Point mi-iliaque, situé au milieu et un peu au-dessus de la crête iliaque, la douleur déterminée par la pression s'irradie assez fréquemment jusqu'à l'ombilic.

Point inguinal, correspondant à l'orifice inguinal externe; la douleur peut s'irradier soit, vers la région hypogastrique (point sus-pubien) soit, vers la grande lèvre (point vulvaire).

Quand le fémoro-cutané est intéressé, il traduit son atteinte, par des douleurs s'irradiant à la face externe de la cuisse, et présente un point spécial situé dans le tiers externe de l'espace compris entre les deux épines iliaques antérieures (point interspinal).

Au milieu de l'arcade de Fallope, immédiatement en dehors de l'artère fémorale, se trouve le point crural. Une pression brusque à ce niveau, provoque une vive douleur qui s'irradie à la face antérieure de la cuisse jusqu'au genou.

On détermine également une douleur assez prononcée, en appuyant au niveau de l'utérus, un peu au-dessus du pubis sur la ligue médiane (point utérin), ou au niveau des ovaires, à la partie moyenne d'une ligne réunissant le milieu de l'arcade crurale à l'ombilic (point ovarien).

Nous savons que le nerf sciatique est fréquemment irrité dans les affections génitales : le point fessier qui répond à l'extrémité supérieure de l'échancrure

sciatique ; le point trochantérien, placé dans la gouttière inter-ischio-trochantérienne avec le point péronéo-tibial sont trop connus, pour que nous insistions davantage.

Si le nerf honteux interne est intéressé, les douleurs ressenties spontanément par la malade, se manifestent dans la région anale ; par le toucher vaginal on peut provoquer la douleur en appuyant sur la face postérieure du pubis, sur la face antérieure du coccyx et sur les parties correspondantes des ischions.

Toutes la masse des muscles lombaires peut se trouver endolorie, sans irradiations appréciables. Généralement, c'est une douleur diffuse que les mouvements du tronc exaspèrent, et que le décubitus dorsal soulage. Elle est la conséquence d'une grande fatigue, ou d'origine rhumatismale ; elle peut être due à un phénomène réflexe.

Les nerveuses, les neurasthéniques, les hystériques même, se plaignent souvent de lombalgies, à siège peu précis, et, vouées à l'obsession, elles peuvent souffrir indéfiniment de leurs reins, sans aucune cause organique.

L'exagération des réflexes rotuliens, avec une certaine gêne dans les mouvements du tronc, et une paresse des membres inférieurs, ne veut pas toujours dire mal de Pott, car, avant d'arriver à une conclusion pareille, chez une nerveuse surtout, il faut songer à toutes les hypothèses qui viennent d'être énumérées. Pareil diagnostic, pourrait ame-

ner des conséquences fâcheuses, au point de vue traitement, bien que, l'utérine nerveuse peut être atteinte en même temps d'un véritable mal de Pott.

La recherche de la sensibilité cutanée des troubles sphinctériens vésicaux et rectaux, de la douleur des reins, contribue puissamment à un diagnostic rationnel.

Pronostic

Suivant les affections diagnostiquées, l'allure clinique de la douleur lombaire, varie avec chacune d'elles. Dans certains cas, le traitement approprié à l'affection causale, la fait chasser promptement, tandis qu'en d'autres, elle se montre rebelle à toutes sortes d'interventions et persiste longuement, même après la guérison de l'affection qui lui a donné naissance.

Les lésions annexielles prédisposent généralement davantage, à ces sortes de souffrances éternelles. Nous avons eu l'occasion de voir des malades atteintes d'un prolapsus ovarien, devenir des consultantes perpétuelles des cliniques gynécologiques, à côté desquelles viennent prendre place des instables ovariennes, qui souffrent de leurs reins depuis qu'elles se connaissent. Il n'est pas dit que les malades portant une rétroflexion de la matrice, avec adhérences péritonéales, n'en souffrent autant, sinon davantage.

Traitement

Les indications du traitement sont fort différentes suivant les cas.

Très souvent, la prescription importante consistera dans le choix d'une bonne ceinture abdominale, qui soutenant bien le ventre, empêche les tiraillements, sans comprimer un point douloureux, une algie risquant toujours de devenir une topoalgie (M. Dalché).

Les rétrodéviations sans adhérences, bénéficient le plus d'un pessaire, et les résultats sont quasi immédiats. A ces malades il faut conseiller, de se mettre à l'abri contre la fatigue, contre les écarts de régime et surtout contre la constipation, qui tendent à les congestionner.

Dans d'autres cas, c'est une intervention chirurgicale qui est indispensable : le redressement suivi de fixation isthmique.

Contre la douleur elle-même, M. Dalché prescrit les douches d'air chaud, les applications d'un sac d'eau chaude alternant avec des badigeonnages d'une mixture à l'ichtyolou au thigénol. Il conseille souvent la pommade suivante :

Extrait de datura stramonium...	}	aa : 2 grammes
Ichtyol		
Extrait de belladonne.....		
Extrait de jusquiame.....		
Onguent populeum.....		60 grammes
ou bien encore des onctions avec :		
Salicylate de méthyle.....		10 grammes
Huile de vaseline.....		20 grammes

Ce traitement local se combinera avec une thérapeutique plus générale, psychothérapie chez la névropathe, traitement des accidents utérins et menstruels, vie calme et sans fatigue.

M. Dalché conseille souvent l'extrait surrénal en cachets, que nous avons vu réussir très bien chez une jeune malade ; tous les toniques, l'hydrothérapie tiède ou chaude.

Le repos à la campagne suffit pour quelques malades ; pour d'autres, les indications varient depuis une cure marine à un séjour dans la montagne, ou à un traitement à Nérès, à Luxueil, à Aix, à Saint-Sauveur, etc.

Il ne saurait être posé de règle fixe. (M. Dalché).

OBSERVATIONS

Les cas de douleurs lombaires abondent dans les consultations gynécologiques, et il nous serait facile de multiplier les observations qui, en somme, se réduisent toutes à plusieurs types communs et très fréquents. Nous n'en apportons qu'un petit nombre, choisies parmi les plus typiques.

OBSERVATION I

Prise à la consultation de M. le Dr Dalché, à l'Hôtel-Dieu.

Mme C..., 31 ans. Nullipare. Vient consulter pour des maux de reins et des douleurs dans la fesse gauche.

Commémoratifs. — Réglée à douze ans, ses époques menstruelles n'ont jamais présenté d'irrégularité. Le mariage n'a apporté aucun changement dans ses fonctions génitales, mais elle n'a jamais pu avoir d'enfants. Sans se rappeler les causes, elle a commencé en 1918, à souffrir dans le bas-ventre et les pertes blanches étaient apparues. Reste au lit pendant six mois, et depuis elle a toujours mal au ventre et des tiraillements douloureux au niveau des reins. Après une typhoïde en 1923, la malade a engraisé et les douleurs de

la fesse gauche s'associent à celles de la région lombaire. Toute fatigue les exaspérait, en obligeant la malade à se coucher. Par moment, des véritables crises douloureuses se déclanchaient, faisant souffrir la malade à tel point qu'elle éprouvait la sensation que tout son train postérieur se détachait.

Examen. — La paroi abdominale adipeuse est descendue, proémine en avant. En recherchant sur la région sacro-lombaire les endroits où la malade accuse le plus de douleurs, nous retrouvons deux points : un situé sur le tiers postérieur de la crête iliaque, l'autre, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

Le col rétréci est en avant et en haut. Le corps de l'utérus en arrière, mobile, bombe dans le cul-de-sac de Douglas.

On porte le diagnostic de rétrodéviation, et l'application d'un pessaire est jugée nécessaire.

Malade revient un mois plus tard, et nous déclare que ses douleurs ont disparues, et qu'elle travaille sans se fatiguer, excepté quand elle frotte ou qu'elle fait une lessive.

OBSERVATION II

(Salpingite double avec prolapsus de l'ovaire gauche)

Consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu.

Mme B... 27 ans ; souffre depuis un an de fortes douleurs dans le bas-ventre, au niveau des reins avec irradiations dans les cuisses et le vagin.

Depuis ses premières règles, à l'âge de 13 ans, la malade a

eu des pertes blanches, et ses reins la faisaient souffrir à chaque époque cataméniale. Mariée à 20 ans, ses pertes ont augmenté, et un an après, elle a eu une fille qui a présenté de la conjonctivite double, traitée au nitrate d'argent. Après une fausse-couche de quatre mois en 1923, occasionnée par une grande fatigue, la malade souffre continuellement du bas-ventre et de ses reins. Un jour elle fut prise d'une crise de douleur qui l'obligea à garder le lit pendant dix jours. Les douleurs avaient commencé par les flancs et sont allées se localiser à la région lombaire sous forme des contractions très pénibles. Les besoins fréquents d'uriner et d'aller à la selle, obligeaient la malade à rester sur le pot-de-chambre pendant toute la durée de l'accès douloureux. L'émission de quelques gouttes d'urine, provoquait une sensation de cuisson et de brûlure au niveau de la grande lèvre gauche du vagin. Cette sensation persistait même après l'émission d'urine et les élancements douloureux à ce niveau devenaient insupportables. Les rapports conjugaux étaient douloureux et presque impossibles. La malade se fatiguait facilement et ne pouvait plus s'occuper de ses travaux. Les douleurs à l'estomac et des céphalées s'ajoutent à tous ces maux et la rendent véritable infirme, incapable de s'occuper de rien.

Examen. — Toute la région lombaire est endolorie, et une exagération de la douleur est provoquée par la pression sur le point mi-iliaque. Une douleur assez vive s'irradie à la face externe de la cuisse gauche est occasionnée par la pression sur le point inter-spinal du fémoro-cutané. Une hypéresthésie très marquée au niveau des ovaires est exagérée par la pression. Le point vulvaire est resté douloureux.

Au toucher vaginal douloureux, on trouve le col assez gros et le corps de l'utérus normal. L'exploration du cul-de-sac postérieur est encore plus douloureuse, et une légère pression sur une grosseur sentie à gauche, de volume d'une grosse noix, fait tordre la malade.

Salpingite et prolapsus de l'ovaire gauche, sont diagnostiqués.

Les tampons d'ouate imbibés de glycérine à l'acide lactique, soulagent la malade, mais dès qu'elle les retire, les souffrances reviennent comme auparavant. Alors on lui conseille d'aller se faire opérer. Elle entre dans le service de M. le professeur Hartmann et le 15 avril, M. Bergeret l'opère en lui enlevant les deux ovaires, dont un était prolabé et légèrement infecté et l'autre présentait des lésions déjà très avancées.

Quinze jours après l'opération, elle quitte l'hôpital et va reprendre son poste de concierge.

Nous sommes allés la voir chez elle quinze jours plus tard, et elle nous disait qu'elle ne souffrait plus du tout, mais qu'elle est inquiète parce qu'elle grossit beaucoup et que des bouffées de chaleur l'incommodent de temps en temps.

OBSERVATION III

Insuffisance ovarienne-dysménorrhée.

Mlle T..., 24 ans. Vierge. Depuis un an, les époques menstruelles irrégulières, sont devenues très douloureuses, et la malade souffre d'une douleur lombaire continue avec céphalées persistantes et des migraines fréquentes.

Commémoratifs. — Fille unique de parents âgés bien portants, qui ont eu huit fils, dont six encore sont très bien portants. Tout ce qu'on peut incriminer dans son hérédité, c'est que sa mère l'a eue à l'âge de 45 ans.

Ses premières règles s'installent à 13 ans avec légères douleurs dans le ventre, et restent régulières pendant un an. A la suite d'un refroidissement, la malade reste trois mois sans en avoir. Elles réapparaissent de nouveau mais avec des maux de tête, et reviennent régulièrement jusqu'à 1915. Cette année-là, la malade éprouve de très gros chagrins, par la mort de ses deux frères, en l'espace d'un mois. Depuis, de légères pertes blanches ont apparues avec les migraines. Elles consistent, à une douleur gravative dans la tempe gauche, à des nausées et des vomissements qui se répétaient plusieurs fois dans une journée, accompagnées de fortes douleurs dans le ventre et au niveau de la région lombaire.

Ces migraines venaient deux à trois jours avant l'époque menstruelle, ou pendant et même après les époques, ne durant qu'un jour, mais elles épuisaient beaucoup la malade et lui enlevaient l'appétit.

En 1919, malade voit ses règles tous les quinze jours pendant trois mois. Elles se régularisent à la suite, mais deviennent plus abondantes avec des coliques dans le ventre bien plus fortes.

L'année 1920, apporte à la malade des nouveaux chagrins très violents, qui amènent un bouleversement encore plus grand, dans ses fonctions génitales. La nouvelle de rupture avec son fiancé, l'a effrayée et affligée à tel degré qu'elle est restée quinze jours dans un état de stupeur. Change de caractère, devient nerveuse et irritable : tout la contrarie, même les

choses qui ne la concernent pas. Ses migraines deviennent plus fréquentes, et une contrariété suffisait pour que le lendemain elle en ait une.

Ses règles sont devenues moins abondantes, ne durant que deux jours, mais plus douloureuses avec des tiraillements au niveau des reins. Cet état se maintient jusqu'à la deuxième moitié de l'année 1923. A cette époque, les maux de tête s'aggravent et ne la quittent plus; les migraines, fréquentes, reviennent chaque fois que la malade a été contrariée, ou avait éprouvé une émotion. Pendant les règles, de fortes coliques obligent la malade à s'aliter et des tiraillements insupportables dans toute la région lombaire, la font se tordre. Ses yeux se cernaient d'une pigmentation brune sur les paupières, et le corps thyroïde augmentait de volume à chaque époque menstruelle.

Nous voyons la malade pour la première fois, au mois de janvier 1924. Maigre et anémiée, ses joues se coloraient facilement, par des bouffées de rougeurs subites, accusant son émotivité. Elle dit qu'elle est tout le temps fatiguée, et que les maux de reins l'obligeaient de s'asseoir souvent dans la journée pour se reposer. Par moment, malade accuse des sensations de strangulation pénible, qui arrivent souvent après ou pendant une marche. Des battements de cœur précipités apparaissent pour des causes insignifiantes, et les mains lui tremblent à la moindre émotion. A l'examen, nous trouvons les deux points lombaires supérieurs, en dehors des première et deuxième vertèbres lombaires, plus douloureux que le reste sans aucune irradiation à signaler. Pas de troubles sphinctériens vésicaux ou rectaux. Réflexes rotuliens un peu plus marqués que normalement. Le toucher n'a pas pu être pratiqué.

Nous diagnostiquons l'insuffisance ovarienne et la dysménorrhée, comme conséquence, avec une insuffisance de la glande surrénale probable.

Comme traitement, nous prescrivons des cachets de la poudre d'ovaire et des granules d'ovo-leucithine comme fortifiant. Surveillance de l'entourage, une vie calme et le repos.

Le 23 janvier la malade commence à prendre des cachets de la poudre d'ovaire. Pendant les premiers quinze jours, pas de changements notables. Le vingtième jour, les maux de tête ont diminué pour disparaître à la fin de la seconde quinzaine. Le 23 février malade a ses règles avec la migraine, mais des maux de tête bien moindre. Elle continue ses cachets, et les céphalées disparaissent complètement. La douleur lombaire avait diminué également et la malade nous disait qu'elle ne sentait presque plus ses reins, et elle pouvait déjà reprendre des petits travaux à la maison. Dix jours avant ses nouvelles époques, nous arrêtons les cachets et nous lui prescrivons de l'extrait surrénal. Le 17 mars, les règles sont venues sans aucun accidents : ni migraine, ni maux de tête, quelques légères douleurs dans le bas-ventre. Mais elles n'ont duré que deux jours. Après la fin de ses époques, la malade reprend de nouveau des cachets d'ovaire et se sent bien mieux : Mange beaucoup plus, ne se fatigue pas et est devenue plus gaie. Le 15 avril, de nouvelles époques menstruelles sont apparues sans aucun dérangement ni la moindre douleur, et ont duré quatre à cinq jours, assez abondantes.

Les lombalgies ont disparu complètement et la malade travaille toute la journée sans se fatiguer beaucoup ; fait même des petites lessives.

OBSERVATION IV

Recueillie dans le service de M. le professeur J. L. Fort

Cancer du corps de l'utérus

Mme Q..., 45 ans.

Commémoratifs. — Malade n'a eu ses premières règles qu'à l'âge de 22 ans, accompagnées de fortes douleurs au niveau des reins et des coliques dans le bas-ventre ; à chaque époque menstruelle elle était obligée de se coucher. Mariée à 27 ans, elle a eu une fille un an après, et est restée six mois au lit après cet accouchement.

Au commencement de 1922, la malade a eu sa première métrorrhagie qu'elle contribua à son retour d'âge. Pourtant elle revenait à la fin de chaque époque menstruelle et faisait souffrir la malade. En novembre 1922, les pertes de sang étaient devenues fréquentes, et anémièrent beaucoup la malade. Elle vient consulter et on l'admet de suite dans le service. Au mois de décembre, on lui fait une amputation du col, et elle quitte le service à la fin d'octobre sans avoir de métrorrhagie, mais ses règles étaient devenues plus douloureuses et bien plus abondantes, restant souvent prolongées par des grandes pertes sanguines vers la fin habituelle de ses règles. Au mois de septembre, les métrorrhagies reprennent de plus belle et elle entre de nouveau dans le service où nous l'avons trouvée en février 1924.

Examen. — La malade était extrêmement amaigrie et la couleur jaune paille recouvrait ses téguments. L'épuisement

était arrivé à tel degré, que des efforts visibles étaient nécessaires à la malade, pour répondre d'une voix éteinte à nos questions. Les pertes de sang la fatiguaient beaucoup, nous disait-elle, et les douleurs atroces dans la région lombaire la brisaient.

Ces douleurs apparaissaient subitement au niveau des reins, trois ou quatre minutes avant l'hémorragie, et s'aggravaient de plus en plus en descendant dans le bas-ventre. Des coliques atrocement douloureuses, survenaient peu de temps après, qui donnaient la sensation à la malade qu'on lui arrachait les reins, et persistaient jusqu'à l'apparition des caillots de sang à la vulve.

Au fur et à mesure que le sang s'écoulait, les souffrances diminuaient et disparaissaient avant la fin de la métrorrhagie.

Tout examen détaillé nous fut impossible à cause de l'extrême faiblesse de la malade, et le toucher vaginal provoquait l'hémorragie.

Dans le service, on avait porté le diagnostic du cancer du corps de l'utérus inopérable et la malade resta vouée à la mort très proche.

OBSERVATION V

(Recueillie à la consultation gynécologique de l'Hôtel-Dieu)

Mme D..., 24 ans.

Commémoratifs. — Mariée à 22 ans, elle a eu une fille deux ans après. Quinze jours après son accouchement, la malade quitte le lit et dès qu'elle a commencé à marcher,

elle ressentait une pesanteur dans le bas-ventre, dans la région périanale, suivie d'une douleur dans la région fessière droite. La fatigue augmentait cette douleur et au bout de six mois, elle gagna la région lombaire et ne quitta plus la malade. La marche, la station debout prolongée, les règles surtout exaspéraient cette douleur et toute sorte de travail fatiguait beaucoup la malade. Elle vint consulter pour la première fois au mois d'octobre 1921 et on lui posa un anneau. Peu de temps après, les douleurs au niveau des reins et de la région fessière droite diminuèrent et au bout de dix jours disparurent complètement. La malade pouvait travailler sans se fatiguer ; la marche et la station debout n'occasionnaient aucun malaise. Elle allait tellement bien qu'un jour, croyant que son anneau ne lui était plus nécessaire, l'enleva. Mais au bout d'un mois, les douleurs réapparurent, des pesanteurs et des tiraillements fatiguaient de nouveau la malade, et elle revient consulter au mois de mars 1924.

Examen. — La douleur de la région lombaire siégeait du côté droit, en dehors des première et deuxième vertèbres lombaires ; celle de la région fessière droite, se trouvait à la partie inférieure de la symphyse sacro-iliaque du même côté, avec irradiations vers le trajet du nerf sciatique.

Malade se plaignait de pesanteurs et de tiraillements au niveau de l'anus et tout le périnée ; la constipation lui était habituelle.

Nous n'eûmes pas de difficultés pour reconnaître au toucher une rétroversion, conséquence d'involution incomplète de l'utérus après son accouchement, sans adhérences ni infection.

On lui remit de nouveau son anneau, et elle est revenue quinze jours après, nous dire que ses douleurs avaient disparues et qu'elle se sentait tout-à-fait bien.

OBSERVATION VI

(Service de M. le professeur J. L. Fort)

Polype utérin

Mme V..., 51 ans, entrée dans le service pour des pertes de sang et des maux de reins.

Commémoratifs. — Réglée à 11 ans, elle avait à chaque époque menstruelle des douleurs dans le bas-ventre et dans les lombes. Mariée à 26 ans, elle a eu 4 enfants, encore bien portants. Depuis sa dernière grossesse, malade perdait en rouge et en blanc entre les règles, et depuis sa ménopause ses pertes sont devenues plus fréquentes. Mais, depuis quatre mois, elle souffre des reins et se fatigue facilement. Elle était d'habitude constipée et prenait même de temps en temps des légers purgatifs, mais depuis qu'elle a ces pertes et surtout depuis qu'elle souffre de la douleur lombaire, elle va à la selle très régulièrement. Ne peut pas rester longtemps assise, sans qu'elle soit dérangée par le besoin d'aller à la selle ou plus souvent d'uriner. Elle consulte, et entre dans le service le 20 février 1924.

Examen. — Le maximum de la douleur siège au niveau des épines iliaques postérieures. Comme la malade se plaignait des douleurs dans la face antéro-interne des cuisses,

la pression sur le point crural des deux côtés, provoquait la douleur qui s'irradiait dans le triangle de Scarpa.

Le toucher révéla une masse molle, de la grosseur d'une petite mandarine, qui pendait par l'orifice du col.

On lui a enlevé son polype, peu de temps après, mais les phénomènes douloureux ont mis plus d'un mois à se calmer et à rétrocéder. Il est vrai que la paroi abdominale relâchée, contribuait à l'entretien de la douleur lombaire, par les tiraillements des organes génitaux, non soutenus par la sangle abdominale.

OBSERVATION VII

Dysménorrhée

Mme B..., 27 ans. Nullipare.

Commémoratif. — Ses premières règles s'installent à quatorze ans et restent régulières jusqu'à l'âge de 23 ans, l'époque quand elle s'est mariée. Cette même année, la malade en prenant un bain dans une rivière, vit venir ses règles dans l'eau. Le mois suivant, elles venaient avec six jours de retard, accompagnées de fortes douleurs au niveau des reins, et duraient sept jours. A partir de ce moment, ses règles sont toujours précédées des douleurs lombaires, deux ou trois jours avant leur apparition, qui se maintiennent pendant l'écoulement et souvent persistent assez longtemps après la fin. Avant l'écoulement, elles sont continues et gravatives, pendant et après l'écoulement elles deviennent lancinantes. Les règles sont toujours abondantes et d'une durée de sept à dix jours. Pendant tout ce temps, malade reste fatiguée et

le repos ne la soulage pas ; elle a de l'insomnie durant toute l'époque menstruelle, avec une légère élévation de température et la soif constante. Elle a maigri de 10 kilos depuis son mariage ; n'a pas pu avoir d'enfant, malgré son ardent désir d'en avoir.

Examen. — La douleur lombaire ne présente aucune particularité ; elle est diffuse dans toute la région sans aucun point plus marqué qu'un autre.

Les organes génitaux sont normaux.

CONCLUSIONS

La douleur lombaire est un symptôme des plus fréquents chez les utérines, vraies ou fausses.

Sa nature très variable et la diversité des causes qui peuvent se trouver à son origine, doivent mettre en garde l'observateur contre certaines erreurs de diagnostic préjudiciables pour les indications du traitement.

Son intensité n'est pas en rapport avec l'affection causale, et ses changements d'allure clinique dépendent d'une foule de circonstances phisio-pathologiques qui restent parfois inexplicables.

Elle peut survivre à sa cause et persister longtemps après la guérison de la lésion qui lui a donné naissance.

Toutefois, la connaissance de ses caractères étiologiques et cliniques, reste des plus importantes en gynécologie médicale, car à elle seule, elle peut suffire à un esprit averti, pour dépister chez une malade une affection génitale dissimulée, ou une tout autre cause susceptible de se trouver parmi ses facteurs.

Vu : le Président de la thèse,
MÉNÉTRIER

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- Axenfeld.* — Les névralgies lombo-abdominales, symptomatiques d'une affection utérine (Union médicale, 1850).
— Traité des névroses, 1883.
- Guillaume (A.-C.).* — Le sympathique et les systèmes associés, 1920.
- Latarjet (A.) et Rochet (Ph.).* — Le plexus hypogastrique chez la femme (Gynecol. et obstétr., t. IV, 1922).
- Robin (A.) et Dalché (P.).* — Traitement médical des maladies des femmes, 1922.
- Bassereau.* — Essai sur la névral. des nerfs intercos., considérée comme symptomatique de quelques affections génitales Thèse de Paris, 1840.
- Brissaud.* — Le zona du tronc et sa topographie (Bull. méd., 1896).
- Campagnac.* — Considérations sur les névral. des organes génitaux-urinaires et de l'anus (Jour. hebdom. de méd., 1829).
- Daniel.* — La douleur dans le cancer du corps utérin (Gynécologie, Paris, 1920).
- Desplats.* — Névral. dans les affections utérines. Thèse de Paris, 1868.
- Fleet vood Churchill.* — Sur l'irritation ovarienne (Rev. médico-chirurgi., 1851).
- Jayle (F.).* — Le réflexe de l' « Esplanade » ou réflexe pelvien (P. M., 22 août 1923).
- Gentes.* — Note sur les nerfs et les terminaisons nerv. de l'utérus (C.R. Soc. Biol., 1902).
- Grasset.* — Diagnostic clinique de la moelle et de l'encéphale.
- Jacques.* — Distribution et terminais. des nerfs de la trompe. (Bibliogr. Anatom., Nancy, 1894).
- Janowsky.* — Les névral. des parois abdomi. au point de vue pratique (Rév. de Méd., Paris 1922).
- Macé de Lépinay.* — Névral. pelviennes d'origine génitale chez la femme et leur traitement (Jour. méd. de Paris, 18 juillet 1914).

- Malgaigne.* — Des névral. du col utérin (Rév. médico-chirur., décembre 1848).
- Marotte.* — De quelques épiphénomènes des névral. lombo-sacrées, pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus ou des annexes (Archi. gén. de méd., 1860).
- Jacques (M.).* — Valeur séméiologique des névral. réflexes dans les affect. utéro-annexielles. Thèse de Paris, 1920.
- Dalché (P.).* — Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes 1921.
- Annexites non infectieuses. Maladies de l'ovulation, 1921.
- Neucourt (P.).* — De la névral. lombaire ou névral. des plexus lombaire et sacré (Archi. gén. de méd., t. XII, 1858).
- Tillaux (P.).* — Lombalgie (Dictionn. encyclopédique des Sciences méd., 1870).
- Rein.* — Plexus nerveux fondamental de l'utérus (Soc. de Biolo., 1882).
- Savreux.* — Sur les névral. lombo-abdominales consécutives aux affections utérines. Thèse de Paris, 1874.
- Siredey.* — Névralgie lombo-abdominale persistante après la guérison des lésions utérines (Jour. de méd. et de chir. pratique, 1875)
- Siredey (A.).* — Les rétrodéviations de l'utérus (gynécologie, Paris, 1920).
- Makensie (Sir I.).* — Les symptômes et leur interprétation, 1923.
- Vallet.* — Nerfs de l'ovaire et leurs terminaisons. Thèse de Paris, 1899-1900.
- Valleix.* — Considération sur une forme de névral. lombo-abdominale simulant une maladie génitale (Rév. Médico-chir., 1847).

